



# DREAMING

Heart of the Dreaming 私たちは「心温かい信頼の医療」を目指しています。

知っておきたい  
病気のはなし

身近にひそむ病気の話や  
覚えて役立つ医療の  
情報をお届けします。

## 急性胆嚢炎

～ガイドライン改定に伴う  
現在の治療指針について～

外科医長 よこ やま 横山 さとる 智



### 急性胆嚢炎の原因はほとんどが胆嚢結石

胆嚢結石は無症候性のものを含め、一般人口の約10%が有していると推定されており、胆石保有者のうち20-40%が発見から10年以内に何らかの胆石症状を発症し、手術が行われています。急性胆嚢炎などの重篤な合併症を呈していたのは3.8-12%と言われており、日常診療においてしばしば出会う疾患です。腹部外科におけるcommon diseaseの一つと言えますが、ガイドラインの改定があったために内視鏡外科領域ではトピックの一つになっています。

### 急性胆嚢炎治療の変遷

2000年代前半、私が研修医であった頃、先進的な病院では急性炎症に対する腹腔鏡手術にも取り組んでいたものの、胆嚢結石症に対する腹腔鏡手術の適応は、腹部手術歴がなく、無症候性あるいは軽微な炎症、という病院が大半でした。当時の一般的治療は、体外から針を刺して胆嚢にカテーテルを留置（経皮経肝胆嚢ドレナージ：PTGBD）して炎症を消退させたのち、2-3か月後に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行うという流れでした。この治療法はたしかに有効ではあるのですが、待機期間内に炎症が再発する可能性がありました。また、入院期間や総治療日数が長く、患者さんへの負担が大きいことが問題でした。

2005年、急性胆管炎・胆嚢炎に対して、はじめて診療ガイドライン「科学的根拠に基づく急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン」が刊行され、2008年には「内視鏡外科診療ガイドライン2008年版」が刊行されました。炎症発症か

ら早期であれば安全に手術を行うことが可能であることが示され、ここではじめて急性胆嚢炎に対する治療の第一選択は腹腔鏡下胆嚢摘出術が推奨されました。

2013年に改訂されたガイドライン(Tokyo Guideline 2013: TG13)で特筆すべきは、急性胆嚢炎を軽症・中等症・重症に群別化し、緊急手術の適応を「発症後72時間以内」の「軽症もしくは中等症」の症例に対して推奨としたことです。臓器不全等によって全身状態の悪化している「重症」症例は、全身状態の改善が優先されます。しかしながら、あくまでガイドラインですので適応から、わずかに外れた症例でも現場医師の裁量によって手術が実施されることは少なからずあります。

### 最新のガイドラインについて

2018年、さらに改訂されたガイドライン(Tokyo Guideline 2018: TG18)を受けて、昨年12月に横浜で開催された日本内視鏡外科学会総会では、急性胆嚢炎のセッションは立ち見すら入れないほどの盛況ぶりでした。現在注目されている話題は、bailout procedure(回避手術)です。

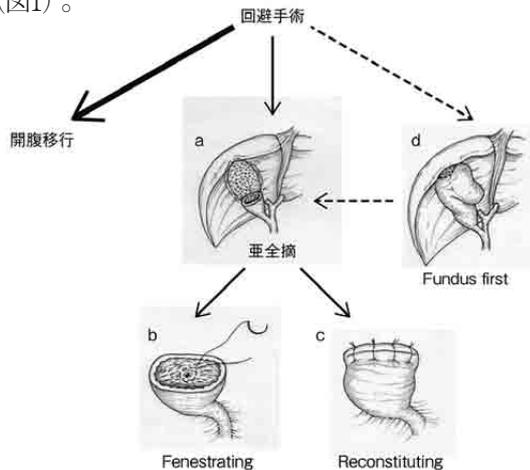
急性胆嚢炎は炎症の発生から経時的に線維化や癒着化が進行しますが、これはしばしば胆嚢管と総胆管の剥離を困難として重大な合併症である胆管損傷の誘因となります。TG13で手術至適時期を発症後72時間以内と推奨したのはそのためといっても過言ではないでしょう。しかしながら手術適応を絞っても、慢性炎症の急性転化など線維化が極端に進行した症例を完全に避けることはできず、胆管損傷リスクは術者に委ねられています。

かつて1960年代に5-10%程度の死亡率と報告されてい

たものが、画像検査機器や手術機器の進歩、並びにより安全な手術手技の追求により2000年以降に急性胆嚢炎の死亡率は0.6%まで減少しました。重症度や診療のタイミングを考慮すると下限に達したと捉えられています。適切な医療介入によって死亡リスクが克服された現在において、合併症発生率の低下が次の課題となりました。

腹腔鏡下胆嚢摘出術において最も憂慮される合併症として胆管損傷があげられます。開始以来1994年までの全国集計では1.29%の損傷が報告され、2003年までの集計では0.74%に改善したと報告されています。より安全な治療を目指したTG13以降、更なる改善が期待されましたが、直近の期間において0.6%ほどで、明らかな改善が得られたとは言えません。胆管損傷がひとたび発生すると、術後急性期においては胆汁漏や腹腔内膿瘍の原因となって入院期間を延長させるばかりでなく、晩期には胆管狭窄や随伴する胆管炎、肝内結石症などを発生させQOLを大きく損なうため、この合併症をゼロにすることが腹腔鏡外科医の大きな課題となり、TG18では初めて回避手術の概念が提示されました。

回避手術の術式は、従来の腹腔鏡下胆嚢摘出術に対して胆嚢全摘にとどめるなど、複数の方法が提示されています(図1)。



(図1「急性胆嚢炎・胆嚢門診療ガイドライン2018」)

総胆管と胆嚢管の剥離を行わずに感染源となっている胆嚢を切除することで、胆管損傷のリスクを回避しつつ感染制御には有効であると報告されています。ただし遺残胆嚢結石の再発や胆嚢癌発生リスクに対するフォローアップが必要になります。これらの手技はTG13で曖昧な扱いになっていた手術困難例における対処法を明確にした点で大きな価値がありますが、通常の胆嚢摘出術に比べると難易度の高い手術手技です。ですが、外科医視点としてはやはり炎症発生から可及的速やかな手術が望ましいことは言うまでもありません。

日常診療において、急性胆嚢炎の診断基準には局所臨

床徴候・全身炎症所見・画像検査所見の組み合わせであるTG13診断基準が良好だったために継続されました。(図2)

TG18 / TG13 急性胆嚢炎診断基準	
A	局所の臨床徴候 (1) Murphy's sign <sup>*1</sup> , (2)右上腹部の腫痛触知・自発痛・圧痛
B	全身の炎症所見 (1)発熱, (2)CRP値の上昇, (3)白血球数の上昇
C	急性胆嚢炎の特徴的画像検査所見 <sup>*2</sup>
疑診: Aのいずれか+Bのいずれかを認めるもの	
確診: Aのいずれか+Bのいずれか+Cのいずれかを認めるもの	
注) ただし、急性肝炎や他の急性腹痛、慢性胆嚢炎が除外できるものとする。	
<sup>*1</sup> Murphy's sign: 炎症のある胆嚢を検者の手で触知すると、痛みを訴えて呼吸を完全に行えない状態。	
<sup>*2</sup> 急性胆嚢炎の画像所見: ・超音波検査 (US): 胆嚢腫大 (長軸径>8 cm, 短軸径>4 cm), 胆嚢壁肥厚 (>4 mm), 嵌頓胆嚢結石、 デブリエコー, sonographic Murphy's sign (超音波プローブによる胆嚢圧迫による疼痛), 胆嚢周囲浸出 液貯留, 胆嚢壁 sonolucient layer (hypoechoic layer), 不整な多層構造を呈する低エコー帯, ドブラシグ ナル。 ・CT: 胆嚢壁肥厚, 胆嚢周囲浸出液貯留, 胆嚢腫大, 胆嚢周囲脂肪織内の線状高吸収域。 ・MRI: 胆嚢結石, pericholecystic high signal, 胆嚢腫大, 胆嚢壁肥厚。	

(図2「急性胆管炎・胆嚢門診療ガイドライン2018」)

最後に、炎症のない胆嚢の画像(図3)と発症後24時間で既に局所壊死が発生している画像(図4)を提示します。



(図3)「炎症のない胆嚢」



(図4)「壊死が始まった胆嚢」

図3と図4の丸で囲った部分はいずれも「胆嚢頸部」という同じ部位です。図4で黒色化した壊死部の周囲に発赤した炎症部があります。比較的良好ではありますが、発症当日でも急速に症状が進行することを示す例です。

### 急性胆嚢炎が疑われたら迅速に対応を!

典型的な症状は食後の心窩部痛(みぞおちの痛み)です。過去に胆嚢結石を指摘されたことがある方は注意が必要です。急性胆嚢炎の手術は時間とともに難易度が上昇し、ひいては患者さんご自身の危険度も上昇します。本疾患を疑われましたら、速やかに消化器内科もしくは外科を受診してください。



# おじゃまします！

## ～内視鏡室～

### 内視鏡室の一日

内視鏡室は、年間胃カメラ約 3200 件、大腸カメラ約 2150 件、上部治療約 70 件、下部治療約 420 件実施し、内科・外科・人間ドックなど内視鏡が必要な患者様を受け入れています。

上部・下部消化管内視鏡によるスクリーニング検査を行い、病気の早期発見に向けた役割を担っています。

また、内視鏡的粘膜切除術 (EMR)・内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)・内視鏡的逆行性膵胆管造影 (ERCP) など高度な内視鏡的治療を提供しています。

内視鏡検査は「不安」「緊張」などの恐怖心を抱えてしまいますが、患者様の気持ちに寄り添い安心して検査・治療が受けられるように、また安全・安楽な内視鏡を提供することを内視鏡看護の目標としています。

#### <内視鏡室で行っている検査・治療>

- |    |            |    |                     |
|----|------------|----|---------------------|
| AM | ・外来胃、大腸カメラ | PM | ・人間ドック大腸カメラ (月・水・金) |
|    | ・入院胃、大腸カメラ |    | ・ESD (月・火・随時)       |
|    | ・EMR (水・金) |    | ・EMR (随時)           |
|    | ・人間ドック胃カメラ |    | ・ERCP、EST、食道拡張術     |

#### <内視鏡室の一日の流れ>

##### 8:30～ 内視鏡スタッフミーティング

- ・当日の検査、治療人数、患者情報をスタッフ間で共有

##### 9:00～ 検査・治療開始準備

- ・ファイバーの準備、チェック
- ・処置具、環境の準備
- ・生検の準備
- ・内視鏡洗浄機の始業点検

##### 前処置準備

- ・問診票の確認
- ・検査前麻酔や注射の実施

##### 内視鏡検査・処置・手術等介助開始

- ・体位変換の介助や声掛け
- ・ベッドの環境整備
- ・治療処置具の介助
- ・バイタルサインの測定、全身状態の観察
- ・検査後の注意事項の説明
- ・病棟看護師へ申し送り
- ・使用したファイバーのブラッシング
- ・洗浄機にてファイバー洗浄

##### 15:30～ 術前訪問と翌日のカルテ・物品準備

##### 17:00～ 環境整備・終了ミーティング



内視鏡室で  
お待ちしております



## フレッシュ・ボイス

# FRESH VOICE

病院にやってきたフレッシュさんのフレッシュな声を伝えるコーナーです。



患者さんひとりひとりに向きあいて、  
信頼される薬剤師を目指します！

薬剤師  
かい わ はやて  
海和 颯

私が薬剤師を志したのは、体調を崩したときに風邪薬を飲むと体調がよくなるのはなぜか疑問に思ったことがきっかけです。かねてから医療には関心があり、人の役に立つ仕事に携わりたいと考えていたので、薬剤師に興味を持ちました。

現在は毎日処方せんやカルテを見て、なぜこの薬が患者さんにとって必要であるのかを考えながら調剤をしています。患者さんとお話する際はわかりやすい説明ができるよう心がけています。十分な知識を以て患者さん一人一人に向きあい、他の医療職からも信頼される薬剤師を目指し研鑽に努めていきたいと思っています。

私が薬剤師を志したのは、幼いころ受診した病院の薬剤師がいつも優しく薬の説明をしてくれたことがきっかけです。働いている姿を間近で見て、自分も薬剤師として患者さんに関わり、地域医療へ貢献していきたいと考えるようになりました。現在は内服薬や注射薬、飲み合わせや使い合わせの確認を特に注意して調剤をしています。患者さんとお話した後「ありがとう」と言って頂いたときは、私もとても嬉しくなりました。今後は患者さんの気持ちに寄り添いながら他の医療職からも信頼される薬剤師を目指して日々精進していきたいと思っています。

幼いころ憧れた薬剤師のように、  
患者さんに信頼される存在を目指します！



薬剤師  
き むら く み  
木村 公美

# 資格紹介

## 医療情報技師

### 医療情報技師ができたわけ

近年の著しいIT化に伴い、医療業界でもIT化が進んでいます。しかし全てのスタッフがITに詳しく、システムを使いこなせるわけではありません。そこで医療とITに関する知識を有する者のニーズが高まっています。

### 医療情報技師とは

日本医療情報学会は、医療情報技師について「保健医療福祉専門職の一員として、医療の特質をふまえ、最適な情報処理技術にもとづき、医療方法を安全かつ有効に活用・提供することができる知識・技術及び資質を有するもの」と定義しています。

医療機関においてデータ管理、情報システムの開発、運用、保守に携わるのが医療情報技師であり、医療にITを取り入れていくことで医療スタッフと患者様の双方の負担を軽減することを目指しております。

### 当院の医療情報技師

当院には医療情報技師が4名います。

最近当院はフィルムレス化を行いました。今まではX線写真やCT、MRIなどの画像をフィルム出力して診療に使用していましたが、PCを使用し専用のモニターで見る環境を整えました。それによってフィルムを出力するまでの待ち時間が無くなったことだけでなく、画像を任意の大きさに変えて見やすくすることができたり、画像上での計測がより厳密になったりと、挙げきれないほどのメリットがあります。このシステムの導入にあたって、院内の要望の取りまとめや職員への教育、ベンダーとの交渉などを医療情報技師が中心に行いました。

医療情報技師の資格は5年に1度更新が必要であり、そのために学会や研究会への参加などを通して常に新しい知識を得続けなければなりません。実務や学会などを通してさらに知識や技術を習得し、より良い医療を患者様や健康診断を受けられる皆様に提供できるよう努力していきます。



## 栄養管理室よりお知らせ



昨年、10月より栄養管理室に温冷配膳車が導入されました。温冷配膳車とは保温と保冷の機能を備えた配膳車になります。それに伴い、入院中の食事において『温かい食事は温かく、冷たい食事は冷たく』お召し上がりいただけるよう適温で提供出来るようになりました。患者さんより喜びの声が届いております。



温冷配膳車



元旦夕食の献立

## 数字でみる東北中央病院

このコーナーでは、「数字」を通して東北中央病院を紹介しています。

60

今回、ご紹介する数字は「60」。

これは、地域包括ケア病棟の最長の入院期間です。

「地域包括ケア病棟」とは、急性期治療を経過し、病状が安定した患者さんに対して在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う病棟で、入院期間は最長60日以内での退院が原則となります。

在宅復帰をスムーズに行うために、主治医・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリスタッフ・医療ソーシャルワーカー等が協力して患者様のリハビリや在宅復帰支援を行っています。退院後の生活に不安がある、自宅での生活がイメージつかない、どんな在宅支援が使えるかわからないなど、1人で悩まずどんなことでも気軽に声をかけてください。

### 編集後記

今冬は暖冬でしたね。異常気象です。こんなに雪が少ないのは初めてで、ほとんど除雪をせずに済みました。しかし、一方で、雪が少ないため困る人達もいます。スキー場や除雪業者にとっては深刻な問題でした。また、暖冬で野菜が育ちすぎて安価になり、農家が打撃を受けているという記事も目にします。異常気象による災害が起きないように祈るばかりです。

### 公立学校共済組合 東北中央病院

〒990-8510 山形市和合町 3-2-5  
TEL 023-623-5111 FAX 023-622-1494  
<https://tohoku-ctr-hsp.com>  
E-mail: [jimu@tohoku-ctr-hsp.com](mailto:jimu@tohoku-ctr-hsp.com)

■発行責任者／田中靖久 ■編集／広報委員会

東北中央病院  
ホームページへ  
GO!

ご利用の携帯端末によっては、アクセスできない場合があります。

